

Artículos de revisión

Historia de los trastornos afectivos

Rogelio Luque¹
Germán E. Berrios²

Resumen

El grupo de los denominados “trastornos afectivos” surge de la convergencia, ocurrida al inicio del siglo XX, de ciertos términos (*afecto* y sus derivados), conceptos (nociones teóricas sobre las experiencias relacionadas con el estado de ánimo) y conductas (cambios observables en el discurso y la acción). La propia palabra *afectivo* tiene una dilatada e ilustre historia, y forma parte de una “panoplia” de vocablos como *emoción, pasión, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia o disforia*, que denominan experiencias subjetivas superpuestas con etimología y origen diferentes. Por una serie de razones históricas e ideológicas, la semiología de la afectividad no alcanzó el mismo desarrollo que las funciones intelectuales. A lo largo del siglo, las nociones predecimonónicas de *manía* y de *melancolía* se transformaron en los nuevos conceptos de manía y depresión y se asociaron en los estados combinados (locura alternante, circular, periódica, doble forma). Este proceso culminó con la integración de todos los estados afectivos en la locura maniaco-depresiva de Kraepelin. Finalmente, este concepto extenso se fue fragmentando por los trabajos, entre otros, de Wernicke, Kleist, Leonhard, y culminó en la propuesta de Angst y Perris de separar la depresión unipolar del trastorno bipolar, aceptada desde 1980 por el DSM-III.

Palabras clave: Trastornos psicóticos afectivos, historia de la medicina, trastorno bipolar, trastorno depresivo, depresión,.

Title: History of Affective Disorders.

Abstract

The group of conditions called ‘affective disorders’ resulted from the convergence of certain words, concepts, and behaviors that took place during the early part of the twentieth century. The word ‘affective’ has itself a long and noble history and is part of a panoply of terms which include emotion, passion, sentiment, feeling, mood, dysthymia, cyclothymia, etc. Although these terms name overlapping subjective states, each has a different history and etymology. The semiology of affect disorders has never achieved the richness of the psychopathology of perception and cognition. This resulted from a long-term neglect and also from the obscurity of the subject matter itself. Our current notions of depression and mania date from the second half of the nineteenth century and emerged from the transformation of the old notions

¹ Profesor titular de Psiquiatría. Universidad de Córdoba, España.

² Emeritus Professor of the Epistemology of Psychiatry. Universidad de Cambridge, Reino Unido.

of melancholia and mania. The new clinical versions of them combined the new concept of alternating, periodic, circular, or double form insanity. This process culminated with Kraepelin's concept of 'manic-depressive insanity' which included most forms of affective disorder under the same umbrella. Finally, the overinclusive kraepelinian concept was fragmented by the works of Wernicke, Kleist, and Leonhard, capped with the proposal of Angst and Perris to differentiate between unipolar and bipolar psychoses, accepted since 1980 by the DSM-III.

Key words: Affective disorder, psychotic; history of medicine; bipolar disorder; depressive disorder; depression,

Introducción

El grupo de los denominados "trastornos afectivos" surge de la convergencia, ocurrida al inicio del siglo XX, de determinados términos ("afecto" y sus derivados), conceptos (noción teórica sobre las experiencias relacionadas con el estado de ánimo) y conductas (cambios observables en el discurso y la acción asociados con la neurobiología de estos trastornos, sea la que fuere) (1-3). Cada uno de estos elementos tiene una historia diferente y una evolución asincrónica. La propia palabra "afectivo" (como término operativo) posee una dilatada e ilustre historia, y forma parte de una panoplia de vocablos, como emoción, pasión, sentimiento, ánimo, afecto, distimia, ciclotimia o disforia, que denominan experiencias subjetivas superpuestas, con diferentes etimología y origen. No

está del todo claro si todos ellos se refieren a una función mental unitaria o a una combinación de funciones. En general, se ha distinguido el sentimiento, la emoción y la pasión, del ánimo y el afecto, por criterios como la duración, la intensidad, el *insight*, la polaridad, la relevancia, la asociación con un objeto interno o externo, las sensaciones corporales y la motivación (3,4).

Semiología de la afectividad

La semiología de los trastornos afectivos siempre ha sido considerada el "pariente pobre" de la psicopatología descriptiva (4), y, en consecuencia, durante el siglo XIX no tuvo el mismo desarrollo ni alcanzó la misma riqueza descriptiva de la psicopatología de la percepción o el pensamiento. Tampoco sus síntomas sobresalieron en las definiciones de los trastornos mentales. Este menor progreso se debió al reinado de la razón en la cultura occidental, donde se erigió en la característica humana determinante.

Desde la época clásica, las pasiones se han contemplado como el lado oscuro e inferior del hombre, y han desempeñado un papel secundario en la definición de la naturaleza humana. Aunque durante el siglo XVIII, por la influencia del movimiento romántico, se produjo una exaltación de las emociones, esto no supuso el abandono de la racionalidad, sino que, en todo caso,

el pensamiento característico del siglo XVIII consistió en la combinación de “lo racional y lo emocional” (5). La consecuencia más reseñable para la psiquiatría fue la hegemonía de la visión intelectualista de la locura hasta tiempos recientes. Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XIX creció el interés por la afectividad, como demuestran los trabajos de Brentano, Janet y Freud.

Junto con esto, la “naturaleza elusiva de los sentimientos” dificulta la definición de los componentes vivenciales y conductuales de términos como “sentimientos”, “emociones”, “pasiones”, “humor”, “afecto”. Los esfuerzos realizados para denominar estos fenómenos crearon un “palimpsesto terminológico” formado por una colección de términos clásicos redefinidos (manía, melancolía o distimia), junto con otros nuevos (depresión, disforia, ciclotimia, alexitimia, anhedonia) (3).

Manía y melancolía antes de 1800

En la Antigüedad, manía y melancolía tenían significados distintos a los actuales (6). En primer lugar, no hacían referencia a polos opuestos; es decir, un estado no se definía contraponiendo las características del otro, sino que sus definiciones se basaban en el análisis del comportamiento: motilidad aumentada o disminuida, ira, lentitud. Además, los síntomas afectivos (tristeza o euforia) no eran definitorios y pertenecían a diferentes niveles de organización semántica.

Manía antes de 1800

En la época clásica, *manía* era el término general utilizado para denominar la “locura”, y se definía por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida del control. En ella se incluían entidades que hoy se identificarían con la excitación catatónica, la intoxicación por drogas o el *delirium*. Es poco probable que la manía denominara la euforia, la hiperactividad o la megalomanía. Este significado de la manía como sinónimo de “locura” permaneció sin cambios hasta el siglo XVIII. Los ejemplos son diversos. Por ejemplo, William Cullen (7) denomina manía a la *insania universalis (mentalia, corporea, oscura)*, y en la entrada “manía” del *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, redactada por Linas (1871), se indica que “cualquiera sea su origen, la palabra **pavía** (manía) fue empleada por médicos, poetas, oradores e historiadores griegos para designar la locura y, particularmente, las formas exaltadas y furiosas de esta enfermedad” (8).

La nueva manía: Philippe Pinel

La muestra más clara de que en 1800 el término *manía* significa “locura”, siendo el mejor ejemplo de la “locura completa”, se encuentra en Pinel, como refleja el propio título del *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (9). La evolución que sufre el concepto de *manía* en las primeras décadas del

siglo XIX se aprecia en las distintas ediciones del tratado. En la segunda edición (1809) ha desaparecido del nombre de la obra el término *manía*, que ahora se define como: “La manía, el tipo de alienación más frecuente, se distingue por una excitación nerviosa o agitación extrema que a veces alcanza la furia, y por un delirio general más o menos marcado, a veces con los juicios más extravagantes, o incluso con trastorno de todas las operaciones del entendimiento” (10).

Por último, en la *Nosographie* de 1818, Pinel clasificó la *manía* como uno de los géneros de las *vesanies* (locuras), y la definió como: “trastorno de una o de más facultades del entendimiento, con emociones alegres o tristes, extravagantes o furiosas, y, en ciertos casos, nula alteración del pensamiento pero siempre con actos de furor”, reconociendo formas delirantes y no delirantes (11).

Los factores que influyeron en el cambio conceptual de la manía fueron: a. la “manía” era una categoría demasiado amplia y general; b. el concepto de *locura parcial* reemplazó al de *locura total*; c. bajo la influencia de la psicología de las facultades, las “insanias emocionales” se organizaron como grupo autónomo, como síndrome organizado alrededor de los síntomas afectivos y como trastorno primario del afecto y de la acción; d. la exclusión de los estados orgánicos (parálisis general, tumores, etc.); e. el desarrollo del lenguaje descriptivo en psicopatología y creación de definiciones estables: “síntomas

elementales” de Griesinger; y f. la incorporación de las experiencias subjetivas (12).

A mediados de siglo, la manía ya se reconoce como un trastorno primario del afecto, como definen Bucknill y Tuke en su *Manual of Psychological Medicine*: “[Manía] Quizá la forma de enfermedad mental más interesante y mejor reconocida ha sido considerada esencialmente como un trastorno del razonamiento. El Dr. Prichard la clasifica como insanía intelectual. Sin embargo, nosotros consideramos que pertenece primariamente al grupo afectivo” (13).

A inicios del siglo XX, la *manía* (14) se definía como una “psicosis funcional” caracterizada por: a. aceleración patológica del flujo de ideas; b. inquietud motora; y c. ausencia de síntomas que confirmen una enfermedad orgánica del cerebro. Al mismo tiempo, Mendel identificaba cuatro etapas: 1. inicial; 2. exaltación; 3. furor; 4. declive; y cuatro subtipos: 1. hipomanía; 2. recurrente; 3. *gravis*; 4. periódica. Entre los síntomas de la manía señalaba las alucinaciones, la anomalía del pensamiento, los delirios, la confusión, la hipermnnesia, la hiperactividad y la pérdida de peso.

En resumen, durante el siglo XIX, el concepto de *manía* se fue comprimiendo hasta quedar definido como un trastorno del afecto y de la acción.

Melancolía

El concepto predecimonónico de melancolía constituía un cajón

de sastre de distintas insanias, cuyo denominador común era la presencia de un número escaso de delirios. En la práctica, incluía estados alucinatorios, paranoides y demencias. Además, la tristeza y el ánimo descendido no se consideraban síntomas definitarios (15). Por ejemplo, Robert Burton (16), en la *Anatomía de la melancolía*, mencionó la tristeza como síntoma de la melancolía, pero también incluyó dentro de esta las obsesiones, los delirios, la conducta suicida y las quejas hipocondriacas. En realidad, lo que hoy día llamamos “depresión mayor” no se hubiese considerado entonces “melancolía”, como apunta John Haslam: “La melancolía, la otra forma en que supuestamente existe esta enfermedad (la locura), consiste para Ferriar, en la ‘intensidad de una idea’. Por ‘intensidad de una idea’, supongo que quiere decir que la mente se queda clavada con más fuerza en un conjunto de ideas, o que recurre a éstas con más frecuencia que cuando se encuentra en un estado de salud” (17).

Hacia 1820, esta visión amplia de la melancolía iba a cambiar. Bajo la influencia del romanticismo alemán, alienistas como Reil, Griesinger o Heinroth comenzaron a otorgar mayor importancia a los afectos y a las pasiones en el desarrollo de la enfermedad mental. Por ejemplo, Heinroth escribe en 1818: “La presencia de una idée fixe no significa que la enfermedad sea una afectación del intelecto; el intelecto

es, simplemente, el sirviente de la disposición enferma [...] la idée fixe puede no estar presente, pero la melancolía sigue siendo lo que es: la depresión de la actitud, el retramiento, el desinterés por el mundo exterior” (18).

La transformación se aceleró por una serie de cambios conceptuales, como el desarrollo de la psicología de las facultades, el nuevo modelo anatomoclínico de enfermedad y la inclusión de las experiencias subjetivas (1,6,12,19). Como consecuencia de ellos, la melancolía dejó de ser: a. un subtipo de la manía; b. un trastorno primario del intelecto; y c. irreversible. Lo que resultó fue una forma de “locura parcial”, definida como un trastorno primario de las emociones, cuyas características reflejaban un estado general de pérdida, inhibición, reducción y declive.

Al igual que ocurrió con la manía, Pinel (10) fue el último de los grandes alienistas que consideró la melancolía en el antiguo sentido clásico. Así, la definió como una locura caracterizada por un número circunscrito de delirios (*délire exclusif*) y unos márgenes amplios, que contenía todas las formas de psicosis crónicas, incluida la esquizofrenia:

Por lo general la melancolía permanece estacionaria durante muchos años, sin que el delirio exclusivo, que es su objeto, mude carácter, ni haya alteración en lo físico, ni en lo moral. Se ven locos de esta especie en Bicêtre, hace doce, quince, veinte, y aun treinta años, siempre entregados a las ideas primitivas

que descubrieron el trastorno de su razón [...]. Algunos dotados de un carácter voluble pasan a un estado de manía declarada, solamente por la costumbre de ver, o de oír a los locos furiosos o delirantes; otros, al cabo de algunos años sufren una revolución interior por causas desconocidas, y un delirio muda de objeto, o toma una nueva forma. (10)

Transformación de la melancolía en la depresión

Esquirol y el concepto de lipemanía

El enfoque de la melancolía como delirio parcial, sin considerar las emociones síntomas definitorios, suscitó el rechazo de autores como Rush (20), que propuso el término “tristimanía”, o Esquirol, que claramente manifestó: “La palabra melancolía, empleada en el lenguaje vulgar para expresar el estado habitual de tristeza de algunos individuos, debería dejarse a los moralistas y a los poetas cuya libre expresión no está sujeta al rigor de la terminología médica” (21).

Esquirol acuñó la palabra “lipemanía” precisamente para referirse a los estados afectivos primarios: “La melancolía con delirio o lipemanía es un delirio parcial, crónico, sin fiebre, determinada por una pasión triste, debilitante u opresiva. Esta enfermedad no debe confundirse con la manía, cuyo delirio es general, con exaltación de las funciones intelectuales, ni con la demencia, cuya incoherencia y confusión de ideas son efecto de la debilidad [...]” (21).

El término *lipemanía* también fue criticado. Por ejemplo, Delasiauve (22) pensaba que era demasiado “elástico [...] y aunque menos impreciso no se diferencia en el contenido de la antigua palabra melancolía” (22). Con esto, Delasiauve criticaba que los delirios parciales (vestigio de la vieja concepción intelectualista) continuasen como criterio definidor. El autor francés restringió aún más la lipemanía: “consiste en una exageración y persistencia de los sentimientos depresivos” (22).

El punto culminante de la historia del concepto de *lipemanía* se alcanzó con el trabajo de Billod (23), que propuso una clasificación con cuatro grupos y dieciséis subtipos, basada en una detallada psicopatología y definida por el tipo de afecto y los delirios depresivos.

El término *lipemanía* solo se utilizó en la psiquiatría francesa y española, sin que tuviera repercusión en Alemania, Austria o Gran Bretaña, países en los que se siguió usando la palabra “melancolía”. El propio Esquirol señaló que ambos términos podían utilizarse indistintamente. Hacia el final del siglo XIX, la expresión “depresión mental” fue sustituyendo gradualmente a la melancolía; esta se limitó, cada vez con más frecuencia, para denominar un subtipo de depresión psicótica en la vejez (24).

El concepto de depresión

En la anterior cita de Delasiauve aparece uno de los primeros usos

técnicos del término “depresión” en psiquiatría, aunque ya estaba extendido en la medicina cardiovascular de mediados del siglo XIX para designar una disminución de las funciones (12). Usada inicialmente en sentido analógico como “depresión mental”, posteriormente se abandonó el adjetivo “mental”. En 1860 aparece en diccionarios médicos: “se aplica al abatimiento anímico de las personas que sufren alguna enfermedad” (25). Lo sugestivo de esta definición, y que explicaría su gradual implantación, radica en que sugiere una “disminución fisiológica y metafórica de la emoción cuya capacidad semántica permitiría nombrar al síntoma o a la enfermedad” (12). De esta forma, pudieron armonizarse las teorías de Griesinger (26) sobre las “alteraciones de los sentimientos” y las descripciones de la melancolía como tristeza.

Esto se refleja en la primera edición del *Manuel de Psychiatrie*, de Régis, donde se definía la *depresión* como “el estado opuesto a la excitación. Consiste en una disminución de la actividad general que va desde pequeños fallos en la concentración a la parálisis total. Esta se traduce en una inmovilidad absoluta o estupor” (27). En sucesivas ediciones, Régis clasifica la depresión dentro del grupo de los trastornos de la actividad general y la define como “la reacción dolorosa pasiva o activa, que traduce el malestar psíquico de la melancolía. La reacción dolorosa pasiva (depresión propiamente dicha) consiste en una actitud triste con

disminución de la actividad general, que puede llegar, en lo que se refiere a la actividad exterior, hasta su suspensión” (28).

Es posible que los médicos elijeran el término “depresión” frente a “melancolía” o “lipemanía” porque evocaba una explicación “fisiológica” (3,12). Por ejemplo, sir William Gull la adoptó en 1868 en su clásico trabajo sobre la “hipocondriasis” (29), cuya “característica principal es la depresión mental que ocurre sin ninguna causa aparente”. Hacia finales del siglo XIX, “depresión” era sinónimo de “melancolía”, y se definía como una “enfermedad caracterizada por el abatimiento del ánimo, la falta de valor o de iniciativa y la tendencia a los pensamientos tristes. El síntoma se presenta en enfermedades del sistema nervioso, tales como la neurastenia y, especialmente, la melancolía” (30). Savage, en su *Manual*, definió la *melancolía* como: “estado de depresión mental, en el que la tristeza es desproporcionada tanto en relación con su causa aparente como en la peculiar forma que adopta. El dolor mental depende de cambios físicos y corporales y no directamente del ambiente” (31).

Estas tres definiciones consideran la depresión como síntoma (3,6). Kraepelin (32), sin embargo, se refirió a los “estados depresivos” como una categoría genérica bajo la que incluía la melancolía simple, el estupor, la melancolía *gravis*, la melancolía paranoide, la melancolía fantástica y la melancolía delirante.

No obstante, no existía acuerdo sobre el significado clínico de la nueva melancolía o depresión (3). La presencia de sus síntomas en otras locuras se explicó como: 1. etapa en el desarrollo de una psicosis unitaria (33); 2. enfermedad independiente, incluida en sí misma o fase de un ciclo junto con la euforia y/o el estupor (34); 3. desarrollo de la personalidad del sujeto (35); y 4. expresión de una ascendencia degenerada (36,37). En la octava edición de su *Tratado*, Kraepelin cortó el nudo gordiano y creó una amplia categoría (la locura maníaco depresiva), que contenía todas las formas de depresión (incluida la melancolía involutiva) y de la manía.

Falret, Baillarger y los estados combinados

La áspera controversia entre Jean Pierre Falret y Jules Baillarger sobre el “nacimiento de la locura circular” está magníficamente descrita por Pierre Pichot (38,39). En julio de 1850, Jean Pierre Falret pronunció en el hospital de la Salpétrière la última de las diez sesiones clínicas semanales dedicadas a la “sintomatología general de las enfermedades mentales”. El texto fue publicado en enero de 1851, en la *Gazette des Hopitaux*, y contenía doce líneas en las que mencionaba una “forma especial de locura que llamamos circular” (“*forme circulaire de maladie mentale*”), caracterizada por la “alternancia de un periodo de

excitación con un periodo, generalmente más largo, de decaimiento (*affaissement*)” (40).

En sucesivas publicaciones, Falret (41-43) corrigió y amplió el texto, así estableció que “la locura circular se caracteriza pues por la evolución sucesiva y regular del estado maníaco, del estado melancólico y de un intervalo lúcido más o menos prolongado [...]. Llamaremos acceso de locura circular a la reunión de los tres períodos en los que la sucesión forma un círculo completo”. “Los tres períodos son: 1º el estado maníaco, 2º el estado depresivo, 3º el intervalo lúcido” (43).

Por su parte, en enero de 1854, Jules Baillarger dictó ante la Académie de Médecine una conferencia documentada sobre siete casos de lo que llamó “*folie à doublé forme*”, consistente en la “sucesión de dos períodos regulares, uno de depresión y el otro de excitación” (34). En las sesiones siguientes de la Academia, Baillarger acusó a Falret de plagio, acusación que mantuvo de forma vehemente hasta veinte años después de la muerte de Falret.

La cuestión de la prioridad es difícil de resolver y, probablemente, importa poco, ya que, como apuntó Ritti (44) en su monografía, la idea de que los pacientes mostraran estados combinados depresivos y maníacos no era nueva y llevaba tiempo en circulación (3). De hecho, Falret y Baillarger describían las formas de la enfermedad maníaco-depresiva tal como otros autores

habían hecho previamente y harían después. Por ejemplo, Kahlbaum (45,46) señaló que el alienista belga Guislain fue el primero en apreciar el significado científico de la observación clínica de que frecuentemente los trastornos mentales comenzaban con melancolía y después cambiaban a manía (47), y que en Alemania, Zeller hizo lo propio en 1845. De hecho, Kahlbaum señaló que la locura circular (forma de *vesania typica* para Kahlbaum) podría llamarse “enfermedad de Guislain y Zeller”. Posteriormente, Billod (23) acuñó el término *folie à doublé phase*, y Legrand du Saulle (48) hablaba de *folie alterne* y *folie à doublé forme*.

En 1880, la Académie de Médecine realizó una convocatoria para discutir sobre “la forma de locura llamada circular, de doble forma o alternante”, resolver el permanente debate y escapar de las propuestas rígidas de Falret y Baillarger. Antoine Ritti (44) recibió el primer premio y Mordret (49), el segundo. Las dos monografías aparecieron el mismo año y sentaron las bases conceptuales de la locura maniaco-depresiva de Emil Kraepelin.

Distimia: Stark, Flemming y Kahlbaum

Carl Friedrich Flemming (50) fue el primer psiquiatra que recuperó la antigua palabra “distimia”, aunque el patólogo alemán Karl Stark (51) la usó previamente para denominar

las enfermedades del ánimo (que clasificaba en “hipertimia”, “amimia” y “paratimia”) y distinguirlas de los trastornos de la voluntad (“disbilias”) y del intelecto (“disnoesias”). En 1859, Flemming, una de las grandes figuras de la psiquiatría de los manicomios alemanes, publicó una obra titulada *Patología y terapia de la psicosis (Pathologie und Therapie der Psychosen)*, que incluía un capítulo dedicado a los síndromes primarios de las emociones. Influido por la psicología de las facultades, distinguió las “distimias” (enfermedades del ánimo) de las “anoesias” (enfermedades del intelecto) y de la “manía” (enfermedades del intelecto y el ánimo). Dentro de las distimias separó varias formas clínicas (alegre, jovial, por un lado; triste, pesimista, por otro). Para Flemming, la distimia seguía la tradición de la lipemanía de Esquirol (52).

Estos autores señalan que, curiosamente, quince años después, Flemming (53) renunció a esta clasificación y criticó cualquier intento clasificatorio basado en este sistema, por considerarlo carente de profundidad científica, y reintrodujo cuatro categorías diagnósticas suficientemente confirmadas por la investigación clínica: dos siguiendo a Kahlbaum (catatonía y hebefrenia), y otras dos derivadas de la psiquiatría francesa (“megalomanía paralítica” y “locura circular”, esta última sin mencionar a Falret o a Baillarger).

Las ideas de Karl Kahlbaum sobre la melancolía y la manía son

imprecisas, ya que las incluyó bajo el término de *distimia* (3). En 1863, Kahlbaum publicó un libro fundamental sobre la clasificación psiquiátrica. Influido por los nosólogos franceses de la primera mitad del siglo XIX, propuso incorporar la variable “tiempo” en la definición de enfermedad mental (54). Esto significaba que la observación longitudinal de los pacientes era la clave para definir sus límites (55,56).

La original clasificación incluía cuatro grupos: *vesania typica*, *vesania progressiva*, *vecordias* y *dysphrenia*. El tercer grupo (las *vecordias*) se definía como trastornos idiopáticos de la vida mental, de comienzo después de la pubertad y con síntomas más o menos específicos. A su vez, siguiendo la psicología de las facultades, se dividían en trastornos del intelecto (*vecordia paranoia*), trastornos de la volición (*vecordia diastrephia*) y trastornos del ánimo (*vecordia dysthymia*). Esta última incluía la *dysthymia melana* y la *elata*, según predominara el ánimo triste (*vorwälten trauriger affecte*) o el exaltado (*freudiger affecte*).

Posteriormente, Kahlbaum (45,46) publicó un trabajo en el que describe detalladamente los cuatro fundamentos sobre los que se reorganizó la nosología psiquiátrica europea: curso de la enfermedad, extensión de las funciones psíquicas implicadas, relación entre el comienzo de la enfermedad y el periodo biológico vital y la supuesta etiología (primaria o secundaria)

(46). En esta clasificación destacó la *distimia* como trastorno primario y predominantemente afectivo.

Ciclotimia: Hecker y Kahlbaum

Ewald Hecker (57,58) introdujo el término “ciclotimia” por primera vez en el léxico psiquiátrico en un artículo de 1877. Posteriormente, en 1898, publicó un trabajo de diez páginas con una vívida descripción de las características clínicas de la ciclotimia (59,60), refinando el trabajo anterior de Kahlbaum (61) sobre esta entidad.

El trabajo de Kahlbaum (61,62) sobre la ciclotimia (basado en una conferencia) constituye una contribución teórica con la intención de proponerla como una nueva entidad nosológica y un desafío a la teoría imperante de la unidad mental. En este sentido, proporciona un sofisticado estudio psicopatológico más que una rica descripción clínica. Kahlbaum, siguiendo su clasificación basada en el curso (estable y variable) y la afectación de las funciones psicológicas (parcial y total), distinguió entre la *vesania typica circularis* (trastornos estables y totales que acaban en el deterioro), de las formas parciales y variables sin deterioro, para las que propuso el término *ciclotimia: distimia*, para el ánimo triste, e *hipertimia* para el ánimo elevado.

El “síndrome de la ciclotimia de Kahlbaum-Hecker” (60), caracterizado por episodios recurrentes

de depresión o *distimia* y períodos de hipomanía o *hipertimia*, influyó considerablemente en el concepto de locura maníaco-depresiva de Kraepelin (62). Para Hecker, la ciclotimia es una entidad nosológica definida por los cambios periódicos del ánimo, que oscila entre una exaltación moderada y una depresión distímica (60). Las características nucleares son, durante la distimia, la inhibición psíquica sin delirios ni alucinaciones, la desesperanza, las quejas somáticas inespecíficas y, especialmente, la tendencia a la crítica y la reivindicación.

En el estado hipertímico, los pacientes presentan un ánimo elevado, aceleración del pensamiento, autoestima exagerada, dispendios económicos, sexualidad aumentada y persistencia de la irritabilidad y la hipercrítica. Generalmente, estas oscilaciones anímicas no requieren la hospitalización psiquiátrica. El curso es impredecible con distintos patrones de duración y periodicidad, incluyendo lo que hoy se considerarían estados mixtos y cicladores rápidos (60). Hecker, sin embargo, resalta el buen pronóstico general de la ciclotimia (en contraste con la parálisis general progresiva o la *vesania typica circularis* de Kahlbaum), y la distingue de otros trastornos psiquiátricos, como la melancolía, la histeria o la neurastenia.

Gaston Deny (63) introduce el concepto de *ciclotimia* en Francia en un trabajo publicado en 1908 y, un año después, en la tesis de su alumno

Pierre Kahn (64). Deny, que ya había introducido las ideas de Kraepelin sobre la demencia precoz y la locura maníaco-depresiva, tiene una idea bastante amplia de la ciclotimia, ya que incluye casos de neurastenia, psicasteria, fobia y obsesión (65).

Aunque la ciclotimia de Hecker y Kahlbaum se asemeja al concepto de trastorno bipolar II, resulta artificial acomodarla en los sistemas de clasificación actuales, ya que los conceptos diagnósticos constituyen fenómenos culturales que pueden cambiar a lo largo del tiempo (60).

Emil Kraepelin y la enfermedad maníaco depresiva

Kraepelin, en la sexta edición de su *Tratado*, decidió que la mejor forma de resolver el problema de las distintas categorías era eliminar la distinción entre las formas depresivas y las circulares, e incluir todos los trastornos afectivos en una sola entidad nosológica, la locura maníaco depresiva:

La locura maníaco-depresiva [...], comprende por una parte toda la locura periódica y la locura circular; por otra parte, la manía simple, la gran mayoría de los estados patológicos que se describen bajo la rúbrica de melancolía y también un número considerable de casos de *amencia*. Finalmente, también incluimos ciertas disposiciones del humor, ya sean pasajeras o duraderas, que se pueden considerar como el primer grado de trastornos más graves y que, por otra parte,

se funden sin límites estrictos con el conjunto de disposiciones naturales del individuo. Con el paso de los años he adquirido la convicción, más férrea cada vez, según la cual todos los tipos clínicos enumerados arriba no son otra cosa que manifestaciones de un único proceso patológico. (32)

La idea de Kahlbaum sobre la importancia de la dimensión temporal en la definición de la enfermedad mental influyó en el pensamiento de Kraepelin sobre la clasificación en psiquiatría (66). La propuesta de la existencia de una enfermedad independiente que abarcara los estados depresivos y maníacos no fue una originalidad de Kraepelin, sino que recogió lo que ya estaba bien establecido en el mundo psiquiátrico de su época. El verdadero aporte fue agrupar *prácticamente todos* los trastornos depresivos y maníacos en una única enfermedad (incluida la melancolía involutiva, en la octava edición) (67).

Curiosamente, aquellos que aún defienden la visión unitaria de Kraepelin han olvidado que este incluyó la *amencia*, un concepto impreciso descrito por Meynert en 1890, dentro de la locura maníaco-depresiva.

La oposición a Kraepelin: Chaslin, Wernicke, Kleist, Leonhard

La agrupación de todos los trastornos afectivos bajo la noción de enfermedad maníaco depresi-

va realizada por Kraepelin recibió una enérgica oposición por parte de grandes figuras de la psiquiatría europea, que preferían mantener la melancolía como categoría independiente. Este fue el caso de Chaslin (24), en Francia, y de Wernicke (68), en Alemania.

En el capítulo dedicado a la melancolía de sus *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, Philippe Chaslin dejaba claro: “la melancolía es un tipo clínico al cual, en este momento, bajo la influencia de las ideas teóricas de Kraepelin, muchos autores tienden a negar una existencia independiente de la locura maníaco-depresiva” (24), y distinguía cuatro tipos: a. melancolía simple o sin delirio; b. melancolía delirante; c. melancolía ansiosa; d. melancolía con estupor.

Carl Wernicke (68) concebía la enfermedad maníaco-depresiva en un sentido similar a Falret y Baillarger. Los episodios aislados o recurrentes de manía o melancolía sin el viraje de uno a otro son distintos de la enfermedad maníaco-depresiva. De este modo, Wernicke distinguió cinco tipos de melancolía (afectiva, depresiva, agitada, atónita e hipochondriaca) y otros tantos de manía (pura, paralítica, crónica, agitada). El pensamiento de Wernicke tuvo continuidad en Karl Kleist y Karl Leonhard. La clasificación de las psicosis endógenas de Kleist era muy compleja, ya que distinguía no menos de 21 formas de esquizofrenia y 18 de psicosis fásicas (69).

Respecto a las últimas, Kleist (70) sugirió inicialmente que, de forma similar a la epilepsia, habría un grupo nuclear (“la enfermedad maniacodepresiva como tal”), por un lado, y varias “formas atípicas”, llamadas *psicosis autóctonas de degeneración*, por el otro. Como ejemplo de estas últimas, Kleist se refiere a diferentes formas: confusión, motilidad, angustia y psicosis hipocondriaca. Sus principales características residían en mostrar lo que Kleist llamaba una “afinidad con la ciclotimia” y “las similitudes en su curso”. Debido a su relación con la demencia circular, esas enfermedades “podrían igualmente llamarse psicosis cicloides”. Posteriormente, Kleist (71) denominó “phasophrenias” a un grupo constituido por el trastorno afectivo unipolar y por el trastorno bipolar, que incluía la enfermedad maniacodepresiva y las psicosis marginales (atípicas, cicloides).

Karl Leonhard (72), alumno de Kleist, siguió y desarrolló las ideas de este; así, culminó su nosología en una obra de 1957, *La clasificación de las psicosis endógenas*. Leonhard defendía un criterio (polaridad) que permitía clasificar las psicosis fásicas en formas puras (síntomas dirigidos al mismo polo) de las formas heterogéneas (síntomas que se suceden hacia orientaciones opuestas). De esta forma, separó las formas “monopolares” (maniacas o depresivas) de la forma “bipolar”, distinguiendo en la primera la melancolía y la manía puras, y la depresión y la

euforia puras; y la psicosis maniacodepresiva y las psicosis cicloides, en la segunda.

La complejidad de las clasificaciones de Kleist y Leonhard, con sus numerosos subgrupos y diferenciaciones, frenó su difusión y el reconocimiento y la aceptación de la separación unipolar/bipolar (73).

Las psicosis unipolar y bipolar: Carlo Perris y Jules Angst

En 1966 aparecieron de forma casi simultánea, aunque realizadas independientemente, dos obras que defendían la distinción nosológica entre los trastornos unipolar y bipolar, y que supondrían un “renacer” del trastorno bipolar (38,39) e iban a cambiar la clasificación de los trastornos afectivos (74,75). Jules Angst, en Suiza, y Carlo Perris, en Suecia, partiendo de argumentos genéticos, mantenían la necesidad de revisar el concepto unitario de la locura maniacodepresiva establecido por Kraepelin. Angst pretendía comprobar el dogma kraepeliniano de la inespecificidad de la transmisión de esta enfermedad, mientras que Perris quería confirmar las ideas de Leonhard (38). Los resultados concordantes obtenidos apoyaban la existencia, dentro de la psicosis maniacodepresiva, de tres entidades independientes: dos formas unipolares (depresiva y maniaca) y una bipolar (38). Los pacientes unipolares maniacos no se diferenciaban genéticamente de los bipolares, lo

que apoyaba que la psicosis bipolar y la depresión unipolar son entidades distintas.

Dos años después, Angst y Perris (76) publicaron un artículo conjunto que comparaba los resultados de sus trabajos y distinguía la depresión unipolar del trastorno bipolar (que incluía la manía unipolar), basándose en las diferencias existentes en la genética, el género, el curso y la personalidad previa.

Esta categorización fue confirmada por los trabajos de Winokur y Clayton (77,78) y Gershon y colaboradores (79), en Estados Unidos, y Zerbin-Rübin (80), en Alemania. La aceptación internacional llegó con la adopción por el DSM-III en 1980 y continuada por el DSM-IV (1994) y la CIE-10 (1992). Curiosamente, el DSM-III se presentó como un “retorno a Kraepelin”, expresión apropiada al asumir un modelo categorial, pero inadecuada respecto a los trastornos del humor, ya que destruía completamente la concepción unitaria de la locura maniaco-depresiva kraepeliniana.

Conclusiones

En este trabajo hemos visto que los trastornos afectivos surgen de la convergencia, ocurrida al inicio del siglo XIX, de determinados términos, conceptos y conductas. Por una serie de razones históricas e ideológicas, la semiología de la afectividad no alcanzó el mismo desarrollo que las funciones intelectuales. A lo largo del siglo, las nociones predecimonónicas

de manía y melancolía se transformaron en los nuevos conceptos de *manía* y *depresión*, y cómo se mezclaron en los estados combinados (locura circular, periódica, doble forma). Este proceso culminó con la integración de todos los estados afectivos en la locura maniaco-depresiva de Kraepelin. Finalmente, esta amplia enfermedad se fue fragmentando por los trabajos, entre otros, de Wernicke, Kleist, Leonhard, hasta culminar en la propuesta de Angst y Perris de separar la depresión unipolar del trastorno bipolar, aceptada desde 1980 por el DSM-III.

Referencias

1. Berrios GE. History of the affective disorders. En: Paykel ES. Handbook of affective disorders 2nd ed. Edimburgo: Churchill Livingstone; 1992. p. 43-56.
2. Berrios GE. Mood disorders. En: Berrios GE, Porter R. A history of clinical psychiatry. Londres: Athlone; 1995. p. 384-408.
3. Berrios GE. History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. [Historia de los síntomas mentales de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX, traducción de Laura de los Ángeles Díaz Rodríguez. Fondo de Cultura Económica, México DF, 2008].
4. Berrios GE. The psychopathology of affectivity. Psychol Med. 1985;15:745-58.
5. Perkins JA. The Concept of self in the french enlightenment. Ginebra: Droz; 1969.
6. Berrios GE. Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. Br J Psychiatry. 1988;153:298-304.
7. Cullen W. The works of William Cullen. Thomson J. ed. Edinburgo: Blaekwood; 1827.

8. Linas A. Manie. En: Dechambre A, ed. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, tomo IV. Paris: Masson-Asselin; 1871. p. 507-560.
9. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Paris: Richard, Cailler et Ravier; 1801. [Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o Manía, traducción de Luis Guarnerio y Allavena de 1804. Ediciones Nieve, Madrid, 1988].
10. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: JA Brosson; 1809.
11. Pinel P. *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris: JA Brosson; 1818.
12. Berrios GE. Depressive and manic states during the 19th century. En: Georgetas A, Cancro R (eds.) *Depression and mania*. Nueva York: Elsevier; 1988.
13. Bucknill JC, Tuke DH. *A manual of psychological medicine*. Londres: John Churchill; 1857.
14. Mendel E. *Textbook of Psychiatry*. [Krauss WC traductor]. Filadelfia: Davis; 1907.
15. Lewis A. *Melancholia: A historical review*. *BJP*. 1934;80:1-42.
16. Burton R. *The anatomy of melancholy*. Londres: Chatto & Windus; 1883.
17. Haslam J. *Observations on madness and melancholy*, 2^a ed. Londres: Callow; 1809.
18. Heinroth JC. *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*, 1818 [traducción inglesa de J. Schmorak] Baltimore: John Hopkins University; 1975.
19. Berrios GE. Historical aspects of the psychoses: 19th century issues. *Br Med Bul*. 1987;43:484-98.
20. Rush B. *Medical inquiries and observations upon diseases of the mind*. Filadelfia: Kimber & Richardson; 1812.
21. Esquirol JE. *Mélancolie*. En: *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de chirurgiens*. París: Panckoucke; 1820.
22. Delasiauve LJP. *Du diagnostic différentiel de la lypémanie*. *Ann Méd Psychol*. 1851;3:380-442.
23. Billod E. *Des diverses formes de lypémanie*. *Ann Méd Psychol*. 1856;2:308-38.
24. Chaslin P. *Eléments de sémiologie et clinique mentales*. París: Asselin & Houzeau; 1912. [Elementos de semiología y clínica mentales, traducción de Natalia D'Aquino y Alicia Peiro. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2010].
25. Mayne RG. *An expository lexicon of the terms, ancient and modern, in medical and general science*. Londres: Churchill; 1860.
26. Griesinger W. *Mental pathology and therapeutics*, traducción de CL Robertson y J Rutherford. Londres: The New Sydenham Society; 1867.
27. Régis E. *Manuel pratique de médecine mentale*. París: Doin; 1885.
28. Régis E. *Tratado de Psiquiatría*, traducción de César Juarros. Madrid: Saturnino Calleja; 1909.
29. Gull WW. *A collection of the published writings of Gull WW*, Acland T, ed, 2 vols. Londres: The New Sydenham Society; 1894.
30. Jastrow J. *Depression*. En: Baldwin JM ed. *Dictionary of philosophy and psychology*. Londres: McMillan; 1901. p. 270.
31. Savage GH. *Insanity and allied neuroses: Practical and Clinical*, 2^a ed. Londres: Cassell and Company; 1886.
32. Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. [Barclay RM, traducción 8^a ed] Edinburgo: Livingstone; 1921.
33. Griesinger W. *Die pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 2^a ed. Stuttgart: Krabbe; 1861.
34. Baillarger J. *De la folie à double forme. Leçons faites à la Salpêtrière dans le semestre d'été de 1854*. *Ann Méd Psychol*. 1854;6:369-91.
35. Montassut M. *La dépression constitutionnelle*. París: Masson; 1938.
36. Saury H. *Étude clinique sur la folie héréditaire (les dégénérés)*. París: Delahaye/Lescroisier; 1886.
37. Magnan V, Legrain M. *Les dégénérés. Etat mental et syndromes épisodiques*. París: Rueff; 1895.
38. Pichot P. *The birth of the bipolar disorder*. *Eur Psychiatry*. 1995;10:1-10.
39. Pichot P. *Tracing the origins of bipolar disorder: From Falret to DSM-IV and ICD-10*. *J Affect Disord*. 2006;96:145-8.
40. Falret JP. *Marche de la folie (suite)*. *Gazette de Hôpitaux*. 1851;24:18-9.
41. Falret JP. *Mémoire sur la folie circulaire, forme de maladie mentale caractérisée*

- par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé. *Bulletin de l'Académie Imperial de Médecine*. 1853;19:382-400.
42. Falret JP. *Leçons cliniques de médecine mentale faites à l'Hospice de la Salpêtrière*. Paris: Baillière; 1854.
43. Falret JP. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*. Paris: Baillière; 1864.
44. Ritti A. *Traité clinique de la folie a double forme*. París: Doin; 1883.
45. Kahlbaum K. *Die klinische-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. Sammlung klinischer Vorträge*. 1878;126:1127-46.
46. Kahlbaum K. *Classic Text Nº 70. The clinic-diagnostic perspective in psychopathology. Introduction and translation by GE Berrios*. *Hist. Psychiatry*. 2007;18:231-45.
47. Guislain J. *Traité sur l'aliénation mentale et les asiles d'aliénés*. Amsterdam: J van der Hey; 1826.
48. Legrand du Saulle H. *Folie a double forme*. *Ann Méd Psychol*. 1855;1:57-64.
49. Mordret AE. *De la folie a double forme*. Circulaire-Alterne. París: Baillière; 1883.
50. Flemming CF. *Ueber Classificationen der Seelenstörungen nebst einem Versuch derselben, mit besonderer Rücksicht auf die gerichtliche Psychologie*. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1844;1:97-130.
51. Stark DKW. *Allgemeine pathologie*. Leipzig: Breitkopf und Härtel; 1838.
52. Briege P, Marneros A. *Dysthymia and cyclothymia: historical origins and contemporary development*. *J Affec Disord*. 1997;45:117-26.
53. Flemming CF. *Pathologie und Therapie der Psychosen*. Berlín: Hirschwald; 1859.
54. Kahlbaum K. *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*. Danzig: Kafemann Verlag; 1863. [Clasificación de las enfermedades psíquicas, traducción de Reinhard Lamsfub. Ediciones DOR, Madrid, 1995].
55. Katzenstein R. *Karl Ludwig Kahlbaum. Und sein Beitrag zur Entwicklung der Psychiatrie*. Zurich: Juris-Verlag; 1963.
56. Berrios GE. *Introduction. Karl Kahlbaum, Die Gruppierung der psychischen Krankheiten Part III. Classic Text Nº 25. Translated and with an Introduction by GE Berrios*. *Hist Psychiatry*. 1996;7:167-81.
57. Hecker E. *Zur klinischen Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1877;33:603-20.
58. Hecker E. *The clinical diagnosis and prognosis of mental disease [1877]*. *Classic Texts Nº 56. Introductions and translation by A Meyer*. *Hist Psychiatry*. 2003;14:493-508.
59. Hecker E. *Die Cyclothymie, eine cirkuläre Gemüthserskrankung*. *Zeitschrift für praktische Aerzte*. 1898;7:6-15.
60. Hecker E. *Cyclothymia, a Circular mood disorder*. *Classic Text Nº 55. Introduction by Baethge C, Salvatore P, Baldessarini RJ. Traducción de Baethge C, Baldessarini RJ*. *Hist Psychiatry*. 2003;14:377-99.
61. Kahlbaum K. *Ueber cyklisches Irresein. Der Irrenfreund*. 1882;24:145-57.
62. Baethge C, Salvatore P, Baldessarini RJ. *"On cyclic insanity" by Karl Ludwig Kahlbaum, MD, 1882: translation and commentary*. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11:78-90.
63. Deny G. *La cyclothymie*. *La Semaine Médicale*. 1908;15:169-71.
64. Kahn P. *La Cyclothymie: de la constitution cyclothymique et des manifestations (Dépression et excitación intermitentes)*. París: G Steinheil; 1909.
65. Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial; 1980.
66. Berrios GE, Hauser R. *The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history*. *Psychol Med*. 1988;18:813-21.
67. Jackson SW. *Melancholia & Depression. From hippocratic times to modern times*. Londres: Yale University Press; 1986.
68. Wernicke C. *Grundiss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Leipzig: Thieme; 1906. [Grundiss der Psychiatrie. Tratado de Psiquiatría, traducción de Diego Luis Outes y José Víctor Tabasso. Buenos Aires: Polemos; 1996].

69. Neumärker KJ, Bartsch AJ. Karl Kleist (1879-1960)-a pioneer of neuropsychiatry. *Hist Psychiatry*. 2003;14:411-58.
70. Kleist K. Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. 1925;82:1-41.
71. Kleist K. Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1953;125:526-54.
72. Leonhard K. The classification of the endogenous psychoses. Nueva York: John Wiley and Sons; 1979.
73. Angst J, Marneros A. Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth. *J Affect Disord*. 2001;67:3-19.
74. Angst J. Zur ätiologie und nosologie endogener depressiver psychosen. Berlin: Springer; 1966.
75. Perris C. A study of bipolar and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1996;194:172-89.
76. Angst J, Perris C. Zur Nosologie endogener Depressionen. Vergleich der Ergebnisse zweier Untersuchungen. *Archiv für Psychiatrie*. 1968;210:373-86.
77. Winokur G, Clayton PJ. Family history studies: I. Two types of affective disorders separated according to genetic and clinical factors. En: Wortis J, ed. *Recent advances in biological psychiatry*. Nueva York: Plenum; 1967. p. 35-40.
78. Winokur G, Clayton PJ, Reich T. *Manic depressive illness*. St. Louis (MO): CV Mosby; 1969.
79. Gershon ES, Dunner DL, Goodwin FK. Toward a biology of affective disorders. Genetic contributions. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25:1-15.
80. Zerbin-Rüdin E. Zur Genetik depressiver Erkrankungen. En: Hippius, Selbach, eds. *Das Depressive Syndrom*. Munich-Berlín: Urban und Schwarzenberg; 1969. p. 37-56.

Bibliografía complementaria

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Meynert T. *Amentia, die Verwirrtheit*. *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie*. 1890;9:1-112
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*. Ginebra: World Health Organization; 1992.

Conflictos de interés: los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 19 de agosto del 2011

Aceptado para publicación: 22 de agosto del 2011

Correspondencia

Rogelio Luque

Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina

Universidad de Córdoba

Avda. de Menéndez Pidal s/n.

14071 Córdoba. España

rluque@telefonica.net